



## 5005-3. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON STENTS FARMACOACTIVOS. REGISTRO PACO-PCI

José M. de la Torre Hernández<sup>1</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>2</sup>, Rafael González Manzanares<sup>2</sup>, David Martí Sánchez<sup>3</sup>, Ricardo Concepción Suárez<sup>3</sup>, Pablo Avanzas Fernández<sup>4</sup>, Luis Arboine<sup>4</sup>, Miren Tellería Arrieta<sup>5</sup>, Ignacio J. Amat Santos<sup>6</sup>, José Raúl Delgado Arana<sup>6</sup>, José Antonio Linares Vicente<sup>7</sup>, David Serrano Lozano<sup>1</sup>, Armando Pérez de Prado<sup>8</sup>, José Luis Ferreiro Gutiérrez<sup>9</sup>, Ramón López Palop<sup>10</sup>, José R. Ruiz Arroyo<sup>7</sup>, José R. Solana Martínez<sup>5</sup>, Eduardo Pinar<sup>10</sup>, Alejandro Diego<sup>11</sup>, Cristóbal Urbano<sup>12</sup>, Íñigo Lozano<sup>13</sup> y Belén Cid<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, Spain. <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. <sup>4</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). <sup>5</sup>Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>7</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>8</sup>Complejo Asistencial Universitario, León. <sup>9</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>11</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. <sup>12</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>13</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>14</sup>Complejo Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La estrategia de terapia antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular (FA) tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP) continúa siendo objeto de debate. Las evidencias en la población de edad más avanzada son limitadas. Nos planteamos investigar en una amplia población de pacientes > 75 años con FA e ICP con stents farmacoactivos las pautas antitrombóticas empleadas y su impacto pronóstico.

**Métodos:** Registro retrospectivo en 14 centros que incluyó de forma estrictamente consecutiva pacientes > 75 años con FA no valvular e ICP con stents farmacoactivos. Se diseñó una base de datos específica con criterios uniformes para variables y eventos. El objetivo primario de eficacia fue un combinado de eventos trombo-embólicos (muerte cardiovascular, infarto de miocardio, ictus y embolias sistémicas) y el primario de seguridad incluyó sangrado mayor según criterios ISTH, ambos a los 12 meses tras ICP.

**Resultados:** Se han incluido un total de 541 casos (2017-2019), de  $81,6 \pm 4$  años, 35% mujeres, 39,7% diabéticos, 87% HTA y 52,6% con insuficiencia renal. El CHA2DS2-VASc fue  $4,9 \pm 1,3$ , el HAS-BLED de  $3 \pm 0,85$  y el PRECISE-DAPT score de  $32 \pm 10$ . Se trataron  $1,7 \pm 1$  lesiones por paciente, en 65,4% tras un SCA. Se prescribió al alta triple terapia en el 84,1%, doble en el 13,3% y antiagregación aislada en 2,6%. La triple basada en NACOs en un 51,4% y por 3 meses de media (44% más de 1 mes) y la doble basada en NACOs en un 69,4% y por 10 meses de media. El NACO más usado fue apixabán (43%). Los objetivos a 12 meses se muestran en la tabla. En el análisis multivariado para el objetivo de eficacia no hubo diferencias significativas entre los regímenes terapéuticos (triple vs doble, triple 1 mes vs triple > 1 mes, NACOs vs AVK). En el análisis multivariado para sangrado mayor, el uso de triple terapia fue predictor de más sangrado y dentro de este grupo el uso de AVK y la prescripción por más de 1 mes resultaron también predictores independientes de mayor riesgo.

## Objetivos clínicos a 12 meses

	Triple	Doble	p	AVK	NACOs	p
	N = 455	N = 72		N = 243	N = 284	
Objetivo de eficacia	7,5%	9,7%	0,5	6,2%	9,1%	0,2
Sangrado mayor	9%	9,7%	0,8	11,5%	7%	0,04

**Conclusiones:** En este registro predomina claramente el uso de la triple terapia, casi en la mitad por más de 1 mes y la mitad con NACOs. El uso de doble terapia incluyo mayoritariamente NACOs. No hubo diferencias entre los regímenes terapéuticos en relación al objetivo de eficacia pero si respecto al sangrado mayor que se asoció a la triple, especialmente si esta va con AVK o se prolonga más de 1 mes.